



Condado de Miami-Dade Programa de Asistencia Para Evacuación de Emergencias

Delivering Excellence Every Day

Información e Instrucciones Para el Solicitante

El Programa de Asistencia para Evacuaciones de Emergencia (*EEAP, sigla en inglés*) está diseñado para personas que viven en sus hogares y necesitan ayuda para ser evacuados. Los residentes de instalaciones de residencia asistida (*ALF, sigla en inglés*) ó residencias para la tercera edad no califican para este programa porque estos negocios tienen que tener sus propios planes de emergencia para sus clientes.

Por favor tenga en cuenta que los residentes del condado de Miami-Dade deberían tener su propio plan de evacuación para sus familiares y mascotas. Es importante que todos se hagan responsables de su propia seguridad y que tengan un plan de evacuación que incluya a dónde ir, a quien contactar, lo que deben llevar, y como llegar ahí. Sólo los residentes que reúnan uno de los siguientes requisitos son elegibles para recibir asistencia del Condado:

- Aquellos que requieren transporte especializado ó no tienen transporte.
- Aquellos que requieren ayuda médica que les impide evacuar por su propia cuenta.

Por favor tenga en cuenta que al procesar su aplicación, un representante de Miami-Dade Manejo de Emergencias (MDEM) lo podría contactar si es necesario y si se necesita mas clarificación.

El registro de EEAP puede ser usado para cualquier emergencia que requiera una evacuación, tal como inundaciones, huracanes o derrames de materiales peligrosos como escapes o fugas de gas. Los recursos son limitados y las personas que están registradas tendrán prioridad cuando surge una emergencia. **No espere hasta que den la orden de evacuar para pedir que lo agreguen al Registro.**

Los Centros de Evacuación solo estarán disponibles como último recurso para personas que no tienen otro lugar donde ir. Si usted necesita evacuar, primero debe buscar refugio con parientes, amistades u organizaciones comunitarias. Los Centros de Evacuación solamente tienen atención médica básica y no ofrecen el mismo nivel de cuidado, ni tienen los mismos equipos disponibles, que en las instalaciones médicas. Camas superiores para los que tienen necesidades especiales y catres son proveídos en forma limitada. Individuos que necesitan un nivel más alto de atención médica como oxígeno continuo, el uso de equipo de soporte vital que requiere electricidad y tienen condiciones y necesidades médicas avanzadas serán asignados a los hospitales locales participantes. **Debido a un número limitado de personal, nosotros recomendamos que una cuidadora lo acompañe y permanezca con usted durante su estadía en el Centro de Evacuación para asegurarse de que se atiendan sus necesidades de manera oportuna.**

Es sumamente recomendable que si usted tiene una dieta especial, que usted traiga esos artículos dietéticos consigo para asegurarse de su máxima comodidad durante su evacuación alejado de su hogar. Por favor asegúrese de traer un equipo para desastres que incluya: frazadas y sábanas, medicinas y artículos personales (comida, agua y equipo médico). Por favor asegúrese de comer una merienda antes de dejar su hogar. Todos los Centros de Evacuación del Condado de Miami-Dade aceptan individuos con animales de servicio. Si usted tiene un animal de servicio, incluya su comida y suministros en su equipo para desastres.

Todas las secciones de esta solicitud tienen que ser rellenas. Si usted requiere de cuidados medicos avanzados su médico de cabecera deberá completar y firmar esta solicitud antes de presentarla a nuestra oficina. Si más de una persona en su núcleo familiar necesita ayuda durante evacuaciones, cada persona debe rellenar una solicitud separada. Una vez que su solicitud ha sido procesada se le enviarán instrucciones especiales.

Usted será contactado cada año para recertificar su necesidad de este programa. Usted **no** necesita completar una solicitud cada año. Si usted tiene preguntas o necesita más información, favor de llamar al número designado para información sobre asistencia de evacuación (305) 513-7700. Sírvase guardar una copia de su solicitud completada en sus archivos y envíe el **original** a:

**Miami-Dade Emergency Management
Emergency Evacuation Assistance Program
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178**

Esta solicitud está disponible en Ingles, Español, y Criollo Haitiano. Para obtener esta información en formato alternativo como en braille, copias en letras aumentadas ó electrónica, por favor llame al (305) 468-5900.

Si necesita información para la preparación de desastres, llame al Centro de Información del Condado al 3-1-1 ó (305) 468-5900. (Si utiliza TTY/TDD llame al (305) 468-5402 para ambas peticiones). También puede visitar nuestra pagina web www.miamidade.gov/oem

Solicitud de Asistencia Para Evacuación de Emergencias

Por favor, escriba claramente

Por favor lea la información e instrucciones en la primera pagina para completar este formulario. Llene todos los datos que se le pide. Si no recibimos la información completa, será devuelta.

Fecha de solicitud: ___/___/___ Es usted veterano de las fuerzas armadas de Estados Unidos (E.U.)? Si No

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Inicial segundo nombre: ___ Sexo: M F

Fecha de nacimiento: ___/___/___ Idioma Principal: _____

Tipo de residencia: Casa/duplex Apto./condo (Piso: ___) Casa móvil/trailer

Dirección: _____ Numero de Apto.: _____ Edificio #: _____

Nombre del Complejo o Sub-división _____

Ciudad: _____ Código Postal: _____

Dirección de correo (si es diferente a la de arriba): _____

Teléfono del Hogar: (____) _____ Línea TTY/TDD: Sí **Teléfono Alternativo:**(____) _____

Vives con: Solo/a Con un familiar Con una persona que te cuida otro _____

Usted tiene una persona encargada de su cuidado, que la acompañará al centro de evacuación? Si No

Nombre del acompañante: _____ Numero de Teléfono: _____

Contacto de Emergencia: Local _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

Fuera del área: _____ Relación: _____ Teléfono #: _____

Requisitos para el Transporte

Usted requiere que transportación para un Centro de Evacuación sea disponible? Si No

Si su respuesta es sí, cual es el motivo? **Cuántas personas necesitan ser evacuadas?** _____

- No tengo transportación. No tengo a nadie que me pueda manejar.
 No puedo caminar a una parada de autobús. Mis necesidades médicas me impiden evacuar.

¿Qué tipo de asistencia usted requiere diariamente? (Marque todas las que apliquen)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidado personal (al vestirme, con la higiene) | <input type="checkbox"/> Movilidad (caminar, transferir) |
| <input type="checkbox"/> Alimentación | <input type="checkbox"/> Atención médica especializada:
(<input type="checkbox"/> intermitente <input type="checkbox"/> continuamente) |
| <input type="checkbox"/> Administrar Medicamentos | <input type="checkbox"/> Necesito ayuda médica
(<input type="checkbox"/> intermitente <input type="checkbox"/> continuamente) |
| <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para limpiar las vías respiratorias | <input type="checkbox"/> Necesito ayuda en atención de salud mental:
(<input type="checkbox"/> intermitente <input type="checkbox"/> continuamente) |
| <input type="checkbox"/> Cuidado de heridas, Que tipo de herida: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Guía Visual: (<input type="checkbox"/> ciego <input type="checkbox"/> impedimento visual) | |
| <input type="checkbox"/> Comunicación (<input type="checkbox"/> sordo <input type="checkbox"/> mudo) | |
| <input type="checkbox"/> Otros cuidados necesarios (por favor explique): _____ | |

Yo utilizo: Silla de rueda (transferible por sí mismo sí no) Andador Bastón Muletas
 Otro equipo medico que usted use (por favor especificar): _____
 Perro de guía/animal de servicio

Usa equipos de oxígeno? intermitente continuamente

Compañía que provee su oxígeno: _____ Teléfono: _____

Uso equipos médicos que requieren electricidad. Sí No (intermitente continuamente)

Equipo que requiere electricidad: _____

Usted recibe ayuda medica en la casa? Sí No Si su respuesta es si, cuantas horas al día? _____

Agencia: _____ Teléfono: _____

Esta restringido a una cama: Sí No

Pesa mas de 300 libras: Sí No

Tengo las siguientes condiciones: (marque aquellas necesarias)

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer
<input type="checkbox"/> principios <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/>
avanzada (en cama) | <input type="checkbox"/> Cardiaca
<input type="checkbox"/> estable <input type="checkbox"/> no estable
(ej: angina, etc.) | <input type="checkbox"/> Accidente Cerebro Vascular (CVA) |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Cystic fibrosis |
| <input type="checkbox"/> Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> Rodilla artificial
<input type="checkbox"/> ambulatorio
<input type="checkbox"/> non-ambulatorio | <input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Insulina dependiente
<input type="checkbox"/> No dependiente de insulina |
| <input type="checkbox"/> Psicosis
<input type="checkbox"/> controlada <input type="checkbox"/> No controlada | <input type="checkbox"/> Cadera artificial
<input type="checkbox"/> ambulatorio
<input type="checkbox"/> no-ambulatorio | <input type="checkbox"/> Ataques epilépticos
<input type="checkbox"/> controlados <input type="checkbox"/> incontrolable |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/> principio <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> avanzada | | <input type="checkbox"/> Desorden Neuro-muscular
<input type="checkbox"/> principio <input type="checkbox"/> moderada <input type="checkbox"/> avanzada |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD) <input type="checkbox"/> intermitente <input type="checkbox"/> continuamente
(Bronquitis crónica / Enfisema) | | |

Otros Diagnósticos: _____

PARA LAS PERSONAS QUE REQUIEREN CUIDADOS MEDICOS AVANZADO, esta sección debe ser completada por el MEDICO PRIMARIO DEL PACIENTE (PCP) o UNA ENFERMERA de una AGENCIA DE CUIDADO EN EL HOGAR.

POR FAVOR ESCRIBA CLARAMENTE

Nombre de Doctor/Enfermera: _____ Teléfono # : (____) _____

Primer Diagnóstico : _____

Segundo Diagnóstico : _____

A lo mejor de mi conocimiento, la información proporcionada en este formulario es correcta y completa.

Firma: _____ Fecha : _____

Numero de Licencia: _____

Firma del Solicitante y Regla de Privacidad HIPAA (Health Insurance Portability and Accountability Act)

Yo certifico que esta información está correcta. Entiendo que en base a esta solicitud y los datos que he proporcionado, La Administración de Emergencias del Condado de Miami-Dade determinará el nivel de asistencia de evacuación que necesito y mi asignación al programa adecuado. **Entiendo que no hay ningún costo asociado con el uso de cualquiera de los Centros de Evacuación del Condado y servicios de transporte durante desastres. Sin embargo, si mi estado de salud se deteriora y debería ser admitido en el hospital, mientras que siendo evacuados o en un Centro de Evacuación, entonces voy a ser responsable de los gastos generados como paciente del hospital.** Le doy permiso legal a los proveedores de servicios médicos, agencias de transporte y otros como necesario a divulgar toda información personal requerida mientras responden a mis necesidades.

Regla de Privacidad HIPAA: Tal como se define en el Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA), Regla de Privacidad de 1996, mediante la firma de esta autorización, por este medio permiten el uso o la divulgación de mi información médica por Miami-Dade Emergency Management (MDEM) con el fin de proporcionarme asistencia durante una evacuación de emergencia. Entiendo que la información utilizada o revelada de acuerdo con esta autorización, pueden ser objeto de divulgación por parte del beneficiario a los efectos de la evacuación, transporte refugio, y la atención médica de conformidad con estos servicios. Entiendo que tengo el derecho de revocar esta autorización en cualquier momento, excepto en la medida en que MDEM ya ha actuado en función de la autorización. Para revocar esta autorización, entiendo que debo hacerlo mediante petición escrita dirigida a Miami-Dade Manejo de Emergencias, 9300 NW 41 St., Miami, FL 33178. Atención: Coordinador de las poblaciones vulnerables.

Yo entiendo que si decido revocar esta autorización, ya no voy a ser parte de la registración del programa de asistencia para evacuación (EEAP) y no seré evacuado.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

Nombre de la persona llenando esta aplicación (si no es el medico del paciente): _____

Nombre de la persona llenando el formulario: _____ Teléfono (____) _____



Delivering Excellence Every Day

**Miami-Dade Emergency Management
Emergency Evacuation Assistance Program
9300 NW 41 Street
Miami, FL 33178**